

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace šilhání

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována operace šilhání.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Operace je součástí komplexní léčby šilhání a je navrhována tehdy, když nelze jinou cestou docílit vyrovnání nerovnovážného postavení očí nebo pacient nedokáže srovnat rozdvojení obrazu.

Očekávaným přínosem je kosmetické narovnání očí, odstranění dvojitého vidění, event. navození alespoň částečného prostorového vidění.

V případě neprovedení výkonu, nelze očekávat paralelní postavení očí, v případě dvojitého vidění jeho odstranění.

**Alternativy výkonu:**

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

6 hodin před operací nejíst, nepít atd., jak je obvyklé u výkonů v celkové anestézii. Pacient nesmí mít projevy zánětu – opar, ječné zrna, rýma, kašel, bolest v krku. U pacientek není žádoucí menstruace.

**Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí při hospitalizaci v celkové anestézii, samotný výkon trvá 15-30 minut. Principem operačního výkonu je oslabující nebo posilující výkon na jednom nebo více zevních očních svalech.

Pokud nenásleduje podle předem domluveného programu následná rehabilitace binokulárního vidění, lze hospitalizaci druhý den ukončit.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Možnými komplikacemi může být krvácení pod spojivku, nadměrné jizvení spojivkové ranky, přechodné dvojitě vidění.

U smyslových poruch operace šilhání nemusí být kosmeticky dostačující a je nutné výkon zopakovat.

Rozdělení operace na 2 doby je velice časté, obzvláště u pacientů, kde nelze vyloučit pooperační dvojitě vidění.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Pooperační péče vyžaduje kapání desinfekčních kapek, event. použití desinfekční masti. Po dobu 3-4 týdnů je pacient omezen ve sportovní aktivitě - plavání, lyžování, tenis apod. a také není vhodná přílišná fyzická námaha. Doba pracovní neschopnosti je individuální, závisí od pracovního prostředí a fyzické námahy. Nutno ale počítat s 1 až 2 týdny.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace šilhání</b>
------------------------

**Vysvětlující pohovor provedl:**

--

identifikace a podpis lékaře

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.**

**Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu, či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.**

**Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.**

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka